

**SPAZIO RISERVATO  
ALLA FOTO**

**AL RETTORE  
DELL'UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI DELLA CAMPANIA  
"LUIGI VANVITELLI"**

\_\_ L \_\_ SOTTOSCRITT\_\_

COGNOME

NOME

NATO IL                      COMUNE                      PROV.

INDIRIZZO: via/p.zza                      N. CIVICO                      C.A.P.

COMUNE DI RESIDENZA                      PROV.

CELLULARE

PREFISSO                      N. TELEFONICO                      CITTADINANZA

E - MAIL

chiede

**di essere iscritt\_\_ , per l'a.a. 2017/2018, al primo anno del corso di formazione specialistica, attivato ai sensi del D.l. n. 68/2015, in**

### **CHIRURGIA ORALE**

A tal fine, consapevole delle responsabilità cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atto falso o contenente dati non rispondenti a verità, nonché delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci di cui all'art. 76 del D.P.R.n. 445/2000, dichiara, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000:

a) di essere in possesso del diploma di Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria conseguito in data \_\_\_\_\_ presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ riportando la votazione finale di \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, n. matricola \_\_\_\_\_;

b) di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione di Odontoiatra conseguita nella \_\_\_\_\_ sessione dell'anno \_\_\_\_\_ presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_;

c) di non trovarsi in una situazione tale da determinare, con l'iscrizione stessa, la violazione del divieto di contemporanea iscrizione a più corsi di studio che comportino il conseguimento di un titolo universitario o di livello universitario.

**ALLEGA ALLA PRESENTE**

- **FOTOCOPIA DI UN VALIDO DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO**
- **N. 2 FOTOGRAFIE FORMATO TESSERA**
- **RICEVUTA DEI VERSAMENTI E DEI CONTRIBUTI PREVISTI PER L'IMMATRICOLAZIONE ALLA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE (1ª rata pari ad Euro 788,00, comprensiva dell'imposta di bollo virtuale pari ad Euro 16,00, e contributo regionale pari ad Euro 140,00)**
- **MODULO DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

**Luogo** \_\_\_\_\_, **data** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_